

SUR LES

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN

PAR INSTRUMENT PIQUANT OU TRANCHANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 21 JUILLET 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉOPOLD-JOSEPH BARRÈME

Né à Draguignan (Var)

MÉDECIN DE LA MARINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(Hamelin Frères)

1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT * * Doyen
CASTAN
COMBAL * * } ASSESSEURS

PROFESSEURS :

Opérations et appareils.....	MM. BOUISSON, O. * *, Doy. Hon.
Pathologie externe.....	BOYER *.
Accouchements.....	DUMAS *.
Clinique médicale.....	DUPRE * C. *.
Anatomie.....	BENOIT * *.
Clinique chirurgicale.....	COURTY *.
Clinique médicale.....	COMBAL * *.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER *.
Physique médicale.....	MOITESSIER *.
Anatomie pathologique et histologie....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL *.
Chimie médicale et pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON * *.
Physiologie, chargé du cours.....	LANNEGRACE.

MARTINS (O. *), FONSSAGRIVES (O. *), professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS :

MM. JACQUEMET	MM. ROUSTAN	MM. LANNEGRACE
PECHOLIER	CARRIEU	MOSSÉ
HAMELIN	MAIRET	REGIMBEAU *
GRYNFELT	CHALOT	TEDENAT
DE GIRARD	BIMAR	DUMAS fils
SERRE		

M. F.-J. BLAISE, secrétaire.

Examineurs de la thèse :

MM. JAUMES, président ;
BERTIN, professeur ;
TÉDENAT, agrégé ;
DUMAS fils, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

L.-J. BARRÊME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les plaies pénétrantes de l'abdomen ont été, de tout temps, un sujet de préoccupation pour tous les chirurgiens, à cause de leur gravité et de leur fréquence. Aussi les anciens nous ont-ils laissé des observations très-intéressantes sur ce genre de blessure. « C'est que, dit Follin (*Dictionnaire encyclopédique*, tom. I, pag. 145), ces auteurs écrivaient, comme de la Motte, par exemple, au plus beau temps de la fureur des duels, quand Louis XIV, par une ordonnance célèbre (1679), condamnait à mort tous ceux qui se seraient rendus sur le terrain pour s'y battre. Aujourd'hui on observe plus rarement ce genre de blessure, et c'est dans les *Annales de la chirurgie militaire* qu'on en trouve le plus d'exemples. »

Ces plaies, en effet, ne sont pas rares dans nos hôpitaux, et elles intéressent les médecins de l'armée et de la marine au plus haut degré, parce qu'elles sont fréquentes et qu'elles exigent de leur part une

VI

prompte détermination dans le choix des moyens à employer pour éviter toute complication.

Ce sont ces considérations qui nous ont déterminé à traiter ce sujet dans notre thèse.

Division du sujet

Nous diviserons notre travail en trois parties :

Dans la première, nous étudierons les plaies pénétrantes simples, produites par instrument piquant ou tranchant.

Dans la deuxième, nous étudierons les plaies pénétrantes avec hernie intestinale ou épiploïque, et nous exposerons avec détail les divers modes de traitement qui nous semblent mériter la préférence du chirurgien.

Dans la dernière partie, nous passerons rapidement en revue les autres lésions viscérales qui viennent le plus généralement compliquer ces plaies.

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
PLAIES PÉNÉTRANTES
DE L'ABDOMEN

PAR INSTRUMENT PIQUANT OU TRANCHANT

PREMIÈRE PARTIE

Les plaies pénétrantes de l'abdomen sont généralement divisées par les auteurs en plaies pénétrantes simples ou plaies péritonéales, et plaies pénétrantes avec lésions viscérales.

Les plaies pénétrantes péritonéales ou simples sont des solutions de continuité qui intéressent le péritoine pariétal sans lésions de viscères. Malgaigne nia l'existence de ces plaies, se basant sur la réplétion complète du ventre par ces organes. Guthrie ne l'admit que pour un instrument mousse, pouvant glisser entre les viscères mobiles de l'abdomen. Plus tard, on publia un assez grand nombre de faits dans lesquels un instrument piquant, tel que épée, baïonnette, avait traversé l'abdomen de part en part, sans déterminer d'accidents pouvant faire soupçonner la blessure d'un viscère, et les auteurs en conclurent à la réalité, dans ce cas, d'une plaie pénétrante simple.

Aujourd'hui que les expériences de Travers sont venues jeter un grand jour sur la question, on admet qu'un instrument piquant peut traverser les intestins sans faire éclater de symptômes aigus, devant faire croire nécessairement à une lésion de viscères, ce qui permet de diminuer considérablement le nombre des observations de plaies pénétrantes simples ou péritonéales. Néanmoins on ne peut les révoquer en doute, car les observations cadavériques prouvent qu'un instrument piquant peut ouvrir la cavité abdominale, glisser à travers les anses intestinales, les écarter, sans en blesser aucune ; mais le nombre de ces faits cliniques doit être bien restreint.

Les plaies pénétrantes peuvent être produites par des instruments piquants, tranchants (nous ne nous occuperons que de celles-ci), contondants, ou des projectiles de guerre agissant du côté de la peau ou du côté des muqueuses. Ces dernières sont rares ; mais, sans compter celles qui surviennent, comme l'indique Denucé, pendant le cours d'une opération malheureuse, on en trouve encore quelques exemples dans les journaux ou les relations médicales. Tel est celui d'une jeune fille qui, se laissant glisser de dessus une meule de foin, rencontra un crochet de bois qui pénétra dans le vagin, le déchira ainsi que le péritoine, et arriva à une grande profondeur.

On cite aussi des cas où un instrument piquant avait pénétré dans la cavité abdominale en traversant le plancher périnéal.

Il est souvent très-difficile d'affirmer qu'une plaie est pénétrante ou non. Les anciens cherchaient par tous les moyens à s'en assurer ; ils employaient des stylets, des sondes exploratrices, pour pouvoir déterminer exactement la profondeur de la plaie ; ils allaient même jusqu'à pousser des injections dans son trajet. Ce sont des procédés blâmables, et Boyer dit à ce sujet : « On doit s'abstenir de toute tentative faite dans le but de s'assurer si la plaie pénètre ou ne pénètre pas ; la sonde n'est pas seulement inutile, elle est toujours nuisible. » En effet, on risque fort de transformer en plaie pénétrante une plaie qui ne l'était pas, en détachant des adhérences en voie de formation, ou des caillots sanguins qui bouchaient momentanément l'orifice de

communication avec le dehors. Si la plaie était assez large, on serait autorisé à l'explorer avec le doigt. Les auteurs font remarquer qu'au cas où la pulpe de l'indicateur trouverait une surface lisse comme celle d'une séreuse, on ne devrait point en conclure qu'on est sur le péritoine, car la face interne du muscle droit donne cette sensation. C'est une disposition qui doit être présente à l'esprit du chirurgien.

Les symptômes généraux peuvent aider puissamment au diagnostic. Les anciens les appelaient des *signes rationnels* ; ce sont : la pâleur de la face, les nausées, les vomissements avec hoquet, le refroidissement des extrémités, l'affaiblissement du pouls. Mais ces symptômes peuvent aussi se rencontrer dans les plaies non pénétrantes, chez des sujets nerveux, irritables ou timorés. Il convient néanmoins de les prendre en sérieuse considération, car, comme l'a dit de la Motte, ils sont de fort mauvais augure.

La douleur acquiert aussi un degré d'intensité plus considérable dans les plaies pénétrantes ; mais ici encore on doit faire entrer en ligne de compte la susceptibilité individuelle.

Comme on voit, tous les symptômes énumérés ne sont pas des signes pathognomoniques de pénétration ; il n'y a que des signes sensibles qui puissent faire poser un diagnostic certain : ainsi, la hernie d'un viscère abdominal, l'écoulement de bile, d'urine, de matière stercorale, enlèvent immédiatement tous les doutes qui pourraient rester dans l'esprit du chirurgien. Mais ces cas ne sont pas les plus nombreux ; on s'entourera alors de tous les renseignements propres à mettre le médecin sur la voie du diagnostic ; on s'informera de la position du blessé au moment de l'accident, de la direction qu'a pu suivre l'instrument qui a produit la blessure ; on se fera apporter l'instrument, si c'est possible, pour comparer ses dimensions avec celles de la plaie, et on recherchera avec soin s'il ne porte pas par hasard quelque trace de matière stercorale.

Les anciens avaient des craintes exagérées sur la possibilité de l'entrée de l'air dans la cavité péritonéale, qui aurait déterminé ainsi une péritonite. Les nombreuses opérations que l'on pratique de nos jours

sur cette séreuse prouvent bien l'exagération de leur crainte ; mais on ne doit pas se dissimuler la gravité de certaines plaies pénétrantes simples, qui amènent des complications capables d'enlever le malade en quelques jours, quoique d'autres, au contraire, soient d'une bénignité remarquable. On peut dire que les plaies produites par un instrument piquant n'ont pas beaucoup de gravité quand il n'y a pas de lésions de viscères, et que les plaies produites par un instrument tranchant sont d'un pronostic plus grave, parce qu'elles se compliquent souvent, soit d'hémorrhagie, soit d'issue de viscères.

Appelé à traiter une plaie pénétrante péritonéale, le chirurgien devra s'attacher à combattre l'état de faiblesse du blessé au moyen des cordiaux et des excitants divers ; arrêter l'hémorrhagie par les moyens ordinaires, styptiques, astringents, ligature si le vaisseau est volumineux, et enfin opérer l'occlusion exacte de la plaie. Pour cela, si c'est une simple piqûre, on appliquera un morceau de baudruche collodionnée ou tout autre agglutinatif ; si, au contraire, la plaie est large et les lèvres ont de la tendance à l'écartement, il sera prudent de faire une suture profonde avec des fils métalliques, par exemple, de manière à comprendre le péritoine pariétal et adosser ainsi la séreuse à elle-même, afin de favoriser l'occlusion rapide de la cavité péritonéale. On prescrira le repos absolu au malade dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur bassin ; on administrera l'opium à haute dose par la bouche ou la voie hypodermique, afin de diminuer ou d'arrêter le mouvement intestinal ; on ne permettra que des boissons glacées, en très-petite quantité ; on pourra, si le cas inspire quelques craintes, faire des applications réfrigérantes sur l'abomen, pour prévenir les complications inflammatoires.

Nous donnons ici deux observations de plaies pénétrante de l'abdomen, en faisant remarquer que l'observation du nommé Moreau est un des cas fréquents dans les plaies abdominales où le diagnostic est entouré de telles difficultés, que le doute peut être permis au chirurgien.

Observation I^{re}

Plaie pénétrante de l'abdomen par instrument piquant, avec lésion probable de l'intestin

(Cette observation nous a été communiquée par M. Fontan, agrégé de chirurgie)

Le libéré Grellet fut assailli, dans la journée du 27 janvier 1879, par plusieurs individus armés, l'un d'un couteau, l'autre d'un poinçon, qui lui portèrent plusieurs coups et lui firent des blessures, pour lesquelles il fut transporté immédiatement à l'hôpital de l'île Nou.

On examine attentivement le blessé, qui est couvert de blessures plus ou moins graves sur l'épaule, le bras, la cuisse, la lèvre inférieure et l'abdomen. Seules, les plaies du ventre paraissent mettre la vie du blessé en danger.

L'une, située à 8 cent. au-dessous de la dernière fausse côte, présente un petit orifice de 3 mill. de diamètre, qui permet l'introduction d'un stylet à une profondeur de 5 cent. et dans la direction de la cavité abdominale. Une éraillure, longue de 8 cent., vient tomber directement sur cet orifice. Le ventre est ballonné et douloureux.

On fait l'occlusion de ces plaies et on prescrit : bouillon, tilleul. Opium, 0,05 centigr., en pilules.

Le lendemain, à la visite, le malade accuse une hémorrhagie par le rectum assez abondante, en allant à la selle. Les environs de la plaie sont très-douloureux à la pression. La langue est humide. Le malade est assez calme. — Temp., 38°. Pouls, 85.

29.— Selles sanguinolentes, mais moins abondantes qu'hier; douleur assez vive dans toute la région abdominale; tympanisme assez manifeste; langue sèche, soif vive. — Temp., 38°8. Pouls, 100.

Limonade sulfurique, glace. Opium, 0,075 millig., en trois pilules. Application de collodion sur tout l'abdomen.

1^{er} février. — Même état.

2. — Les selles sont pâteuses et le sang diminue. Le malade accuse toujours des douleurs abdominales ; le tympanisme continue. — Temp., 38°5. Pouls, 95.

4. — Le sang disparaît dans les selles, et le ventre est moins douloureux à la pression ; le léger mouvement fébrile continue. Bouillon, limonade, glace. Opium, 0,05 centigr. en pilules.

6. — On n'aperçoit plus de sang dans les selles. Les nuits sont meilleures, la chaleur diminue ; le malade accuse une amélioration sensible. — Température normale.

9. — Le tympanisme a presque complètement disparu, et la sensibilité de l'abdomen à la pression a beaucoup diminué. — Température normale. Pas de selle depuis deux jours.

Même traitement.

10. — Le malade n'accuse plus de douleurs abdominales ; le tympanisme a complètement disparu depuis deux jours. L'appétit est bon, et les plaies sont complètement cicatrisées. Le malade est guéri après quinze jours de traitement à l'hôpital.

Observation II

Plaie pénétrante de l'abdomen (?)

Dans la nuit du 1^{er} juin 1883, le quartier-maître de mousqueterie Moreau recevait, à la suite d'une rixe, un coup de couteau dans le flanc, et était transporté immédiatement à l'hôpital principal, pour y recevoir les soins que comportait sa blessure.

Il résulte des renseignements que donne le malade que son adversaire, étant debout et en face de lui, lui aurait plongé un couteau ordinaire dans le flanc et dans une direction de haut en bas et de dehors en dedans, c'est-à-dire dans la direction de la cavité abdominale. Le blessé a pu se rendre tout seul chez lui, et de là a été transporté à l'hôpital.

La plaie qui en est résultée siège exactement sur le point de rencontre d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, et d'une ligne verticale passant à un pouce en dehors du mamelon gauche. C'est une plaie de 2 centimètres et demi à 3 centimètres de longueur, qui ne donne lieu qu'à une faible hémorrhagie, sans hernie d'organe interne.

A son arrivée à l'hôpital, le médecin de garde rapproche les lèvres de la plaie, qui étaient légèrement écartées, et applique un morceau de baudruche collodionnée.

A la visite du matin, c'est-à-dire quelques heures après l'accident, on constate un léger ballonnement du ventre, avec tympanisme à la palpation et à la percussion; on remarque, de plus, que le plus léger attouchement sur toute la région abdominale provoque une contraction spontanée de tout le système musculaire.

Cette contraction se produit surtout lorsque le malade n'est point averti qu'on va explorer la région. Après cette vive impression, il supporte parfaitement la pression de la main à plat et n'accuse qu'une douleur modérée aux environs de la plaie. Le malade n'a pas eu de selle et n'a pas uriné depuis l'accident.

On pratique le cathétérisme avec une sonde en caoutchouc et l'on retire environ 800 grammes d'urine. (Pendant cette opération, la partie supérieure de la sonde venant appuyer légèrement sur la région abdominale, on remarque les mêmes phénomènes d'hyperesthésie que nous avons signalés.)

On appliqué une couche de collodion liquide sur l'abdomen et une couche de coton, le tout maintenu par un large bandage de corps. Pas de sueur; pas de nausée ni de vomissement. Légère dyspepsie; respiration essentiellement thoracique. Le malade immobilise involontairement le diaphragme, qui détermine dans les fortes inspirations une vive douleur dans les environs de la plaie.

Traitement : tisane froide (en très-petite quantité). Opium, 0,10 centigrammes en cinq pilules (à prendre toutes les deux heures).

3 juin. — Sommeil interrompu par une toux fréquente, qui déter-

mine dans les environs de la plaie une douleur très-vive. A l'auscultation, on perçoit des râles muqueux dans toute la poitrine; expectoration bronchique abondante. On applique une nouvelle couche de collodion liquide sur le ventre, qui paraît moins ballonné. On a sondé deux fois le malade hier dans la soirée. Ce matin, à la visite, on pratique un nouveau cathétérisme, qui fournit 200 gram. d'urine chargée. Pas de nausée ni vomissement; pas de selle. — Pouls large, 68. — Temp. : 37° 8.

Prescription : bouillon, tilleul ; opium, 0,08 dans un looch ; badiageonnage de collodion; application d'une couche d'ouate et d'un bandage de corps.

4. — Peu de sommeil cette nuit. Dyspnée assez considérable, nécessitant l'application de ventouses sur la poitrine. Pas de douleur abdominale ; pas de selle depuis l'accident. — Temp. : matin, 37°3; soir, 37°05. — Pouls : matin, 52; soir, 56.

Prescription: bouillon, soupe, limonade; opium, 0,05; lavement huileux.

5. — Nuit bonne; pas de douleur, pas de selle. — Même prescription.

(Soir). Une selle dans la journée.

6.— Nuit très-bonne. Les selles n'ont plus reparu; le malade urine seul; une selle normale.

7-8. — Le mieux continue.

9-10. — Le malade n'éprouvant plus de douleur, et toutes les fonctions s'opérant bien, est mis *exeat* le 11.

II^e PARTIE

PRINCIPALES COMPLICATIONS DES PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN

Hernie intestinale. — Hernie épiploïque

Dans les plaies pénétrantes de l'abdomen produites par un instrument piquant, l'ouverture de la plaie est généralement assez petite pour ne point permettre l'issue des organes internes ; mais, quand la plaie produite est plus large, il n'est pas rare de voir les viscères faire hernie entre les lèvres de la plaie. « La cavité abdominale, dit S. Duplay (t. V, p. 702) à ce sujet, se trouve, à l'état physiologique, dans un état de tension constante, en vertu de laquelle tous les viscères sont soumis à une pression égale. Lorsqu'une ouverture est produite subitement en un point de la paroi, l'équilibre de pression étant rompu, les viscères qui ne sont point fixes dans leur situation, tels que l'épiploon, l'intestin, l'estomac, tendent à s'engager par la voie qui leur est ouverte, et cette tendance se trouve accrue par l'augmentation de la pression résultant de la contraction involontaire des muscles abdominaux au moment de l'accident. »

C'est le plus souvent dans les plaies de la région antéro-latérale de l'abdomen que l'on voit se produire l'issue des viscères. Cependant une plaie intéressant la partie inférieure de la cavité thoracique et pénétrant dans l'abdomen peut se compliquer de l'issue de viscère à travers la solution de continuité du diaphragme. Nous devons à l'obli-

geance de M. Fonsan, médecin agrégé, un cas de plaie pénétrante de l'abdomen avec hernie du côlon à travers le diaphragme. (Voir observation VI, de Bernard).

Tous les viscères peuvent faire hernie à travers les vastes plaies abdominales ; mais le plus souvent la hernie est formée, soit par l'épiploon, soit par l'intestin, soit par les deux à la fois.

Nous allons nous occuper d'abord des plaies pénétrantes de l'abdomen avec hernie intestinale.

1° — HERNIE INTESTINALE

Des diverses portions de l'intestin, c'est l'intestin grêle qui se trouve le plus généralement dans la hernie, et la quantité qu'on y rencontre peut être très-variable, depuis quelques centimètres jusqu'à une longueur très-considérable, comme dans le cas de Bervas. Une fois la hernie produite, l'intestin n'a plus de tendance à se réduire de lui-même. Nous avons vu, au contraire que la contraction musculaire augmentant, la tension intra-abdominale force l'intestin à sortir de sa cavité naturelle, qui se trouve pincé entre les lèvres de la plaie, quand celle-ci est petite ou de moyenne dimension, mais qui peut être soumis à une espèce de va-et-vient si la plaie est considérable, comme le sont souvent les plaies produites par coup de sabre ou coup de cornes de bœuf.

Quand une partie de l'intestin se trouve ainsi serrée entre les lèvres de la plaie, trois cas peuvent se présenter :

1° La hernie intestinale, subissant une pression excentrique due à la dilatation des gaz, augmente de volume et les tendances à la réduction sont moindres ; en outre, la circulation se fait bien plus difficilement dans cette portion d'intestin, qui s'enflamme, s'étrangle et détermine par continuité une péritonite mortelle.

2° La péritonite ainsi produite peut se localiser dans les environs de la plaie, et la portion de l'intestin se sphacéler et disparaître, et il s'établit plus tard, avec ou sans le secours du chirurgien, un anus contre nature.

3° Il peut se faire que la partie herniée, après être restée plus ou moins longtemps au dehors et avoir exposé le malade à toutes les chances d'étranglement et de péritonite, finisse par se réduire d'elle-même et que le malade guérisse après un temps plus ou moins long. Bodin cite un cas de ce genre : Une femme tomba de dessus un mûrier, après avoir pris un repas copieux; elle rencontra dans sa chute un échalas qui lui divisa les parois abdominales au niveau de la région hypogastrique, immédiatement au-dessus de la fosse iliaque gauche : de là résulta une énorme hernie intestinale, qu'on ne put pas réduire, même en débridant la plaie. La malade, qui avait beaucoup souffert, refusa toute intervention chirurgicale, et les intestins restèrent au dehors du ventre. On eut soin de les recouvrir de fomentations émollientes. Au bout d'un mois de souffrance et après des accidents graves de péritonite et un abcès des parois abdominales, on vit la portion d'intestin qui faisait saillie au dehors se réduire d'elle-même. Cette observation prouve donc que, la hernie intestinale ne pouvant être réduite, le malade serait exposé à beaucoup de dangers, mais que son état ne serait pas désespéré. Néanmoins les cas de cette guérison de nature sont trop rares dans la science pour que le chirurgien puisse y compter; il faut donc à tout prix éviter au blessé de courir de pareils dangers et réduire l'intestin le plus tôt possible; on prévient ainsi les phénomènes d'étranglement, qui surviendraient presque infailliblement dans les cas de plaie pénétrante un peu étroite.

Avant de réduire la hernie intestinale, le chirurgien s'assurera qu'elle est intacte, car la moindre blessure de l'intestin pourrait déterminer, après la réduction, une péritonite mortelle, en permettant l'écoulement du liquide stercoral dans la cavité du péritoine. Quand on se sera assuré de l'intégrité de l'intestin, on fera minutieusement des lotions avec de l'eau alcoolisée ou, mieux, avec une solution phénique au $\frac{1}{1000}$, pour le débarrasser de la poussière ou des corps étrangers qui pourraient y être attachés. Enfin si, la blessure remontant à quelque temps, les intestins étaient desséchés, on pourrait, dans ce cas, appliquer sur la tumeur des compresses humides, avant de la réduire.

Ces préceptes suivis, on s'applique à réduire la hernie intestinale; opération généralement longue et pénible pour le chirurgien, qui devra, s'armer de patience et procéder méthodiquement.

Le blessé sera placé dans le décubitus horizontal, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin, pour relâcher les muscles abdominaux, et on l'engagera à respirer lentement et la bouche ouverte. Le chirurgien saisissant alors le pédicule de la tumeur avec la main gauche, il exercera avec la main droite des pressions douces, mais continues, sur toute la masse, pour la faire rentrer dans l'abdomen et prévenir l'issue de la partie déjà réduite. Si la plaie est large et la hernie peu volumineuse, on réussit assez facilement; si, au contraire, la plaie est étroite et la masse herniée peu considérable, il arrive bientôt que l'intestin est comme étranglé à son pédicule dans les lèvres de la plaie, et on a alors les plus grandes difficultés à réduire.

Quand la cause est due à une contraction des muscles abdominaux, on pourra la faire cesser en anesthésiant le malade (comme dans l'observation de Pérez); mais le plus généralement la cause de non-réduction tient à ce que l'anse intestinale est distendue par le gaz; il faudra pratiquer alors le taxis comme si l'on avait affaire à une hernie ordinaire. Quelques auteurs ont conseillé dans ce cas de faire placer le blessé sur le côté opposé au côté malade.

Il est un mode de réduction des hernies étranglées qui pourrait rencontrer ici son application, et qui consiste à donner au malade une attitude telle que la tête soit très-inclinée et les pieds plus élevés. « Le poids de la masse intestinale et les tractions exercées par le mésentère aident puissamment à la réduction spontanée de la partie herniée. » (Tillaux.)

Si ces moyens échouent, on pourra attirer au dehors une partie de l'intestin dans lequel les gaz se répandent, et tâcher de faire rentrer de nouveau, en commençant par la partie de l'intestin qui est sortie la dernière.

Quand toutes ces tentatives étaient restées infructueuses, les anciens avaient recours à la déplétion de l'anse herniée; ils se servaient

pour cela d'aiguilles cylindriques, qui écartaient plus qu'elles ne déchiraient les fibres intestinales. De nos jours encore, dans les cas de gastrotomie, on cite de nombreux exemples où, l'opération terminée, le chirurgien, n'ayant pu réintégrer dans le ventre les anses intestinales qui s'étaient distendues, fut obligé, pour réduire l'intestin à un moindre volume, de le ponctionner avec un trocart explorateur. Léonle-Fort raconte (Académie de chirurgie, 1879) que chez un de ses malades, malgré la ponction, les gaz ne sortaient que lentement, et seulement ceux qui étaient compris dans l'anse ponctionnée. Pour en évacuer davantage, dit-il, je fus obligé de les faire voyager d'anse en anse pour les amener dans l'anse percée par le trocart. Je dus faire ainsi cinq ou six piqûres, qui me permirent enfin la réduction.

Mais ces piqûres ne sont pas toujours sans danger. Howe piqua l'intestin : ces plaies ne se fermèrent pas, et il se fit à leur niveau un suintement de matières intestinales qui amena une péritonite mortelle. Aussi la plupart des auteurs condamnent-ils la méthode des ponctions au moyen des trocarts explorateurs, prétendant que ces ponctions, lorsqu'elles sont trop étroites, ne laissent rien échapper du gaz qu'elles renferment, et que, quand elles sont plus grosses, elles donnent lieu à un épanchement stercoral ou tout autre, qui amène, comme nous l'avons vu pour un des malades de Howe, une péritonite mortelle. Simon Duplay admet, de nos jours encore, la pratique de la ponction, mais avec aspiration au moyen de l'appareil de Potain par exemple ; il préfère néanmoins, dans ce cas, le débridement de la plaie.

Quand on en sera réduit au débridement de la plaie, on endormira le malade, et on tâchera de passer une sonde cannelée entre les lèvres de la plaie et le pédicule de l'anse herniée, pour opérer, avec un bistouri boutonné, de petits débridements qui permettront, en augmentant l'ouverture de la plaie, de réduire plus facilement les parties. On s'aidera, bien entendu, des données anatomiques pour ne pas blesser un organe important, tel que l'artère épigastrique. Si l'on ne réussissait pas à passer une sonde cannelée entre les lèvres de la plaie et le pédicule de la hernie, on ferait une incision de dehors en

dedans, comme dans l'opération de la kélotomie, en ayant soin de ne sectionner que la quantité nécessaire pour ne pas exposer le blessé à une éventration consécutive.

Il est bien rare qu'après avoir procédé ainsi, on n'arrive point à faire entrer de nouveau dans l'abdomen la portion d'intestin qui en était sortie. Cependant on n'oubliera pas que les praticiens les plus expérimentés ont éprouvé quelquefois des difficultés insurmontables, et que Verneuil lui-même dit : « Sur un malade à qui j'ai pratiqué l'entérotomie, il est sorti trois mètres d'intestin, et j'ai usé ma patience à les rentrer : le sujet mourait dans la soirée. J'ai obtenu le même inconvénient dans les hernies volumineuses, et les suites de ces réductions laborieuses ont toujours été néfastes. »

On voit donc combien est grave le pronostic de ces hernies intestinales volumineuses, difficilement réductibles alors même que l'intestin est sain. Le malade, en effet, présente tous les symptômes que l'on rencontre dans les grands traumatismes : nausées, petitesse du pouls, pâleur de la face, refroidissement des extrémités et abaissement considérable de la température (plusieurs degrés).

Demarquay a insisté sur cet abaissement notable de la température chez les individus atteints de lésions graves de l'intestin. Ce phénomène a été parfaitement observé chez le nommé Bervas. Il arrive parfois, dit-il, qu'à l'abaissement de température succède une élévation assez considérable : c'est qu'alors il est survenu une péritonite dont l'augmentation de la chaleur générale est un des symptômes les plus constants.

Il faudra donc, dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, surveiller avec le plus grand soin la température du blessé, car les indications fournies par le thermomètre sont, comme on voit, des plus précieuses.

Quand on aura réussi à réduire la hernie intestinale, on suturera la plaie, comme nous l'avons dit en traitant des plaies pénétrantes simples, en ayant bien soin toutefois de ne point comprendre dans la ligature une portion de l'intestin qui pourrait être cause d'une péritonite mortelle.

2° — HERNIE ÉPIPLOÏQUE OU ÉPIPLOCÈLE TRAUMATIQUE

La présence de l'épiploon au-devant du paquet intestinal explique pourquoi, dans les plaies de la paroi antérieure de l'abdomen, ce repli péritonéal sort en même temps que l'intestin et le recouvre ; de plus, « le grand épiploon, dit Tillaux (*An.*, p. 788), se détachant de la grande courbure de l'estomac, se trouve situé un peu plus à gauche qu'à droite dans la cavité abdominale : c'est pour cela que l'épiplocèle est plus fréquente à gauche qu'à droite. » La même considération s'attache aux épiplocèles traumatiques.

Quand la hernie est formée par l'épiploon seul, on le reconnaît à son aspect extérieur, qui peut être comparé à une toile celluleuse jaunâtre, si la hernie est de formation récente ; rosée, si elle est ancienne. L'épiploon ne pourra être confondu, à cause de sa vascularisation, avec des amas graisseux que l'on peut trouver entre les lèvres de plaie pénétrante simple, chez des individus chargés de graisse, ni avec une portion de l'intestin. Dans ce dernier cas, la palpation enlèverait bientôt tous les doutes ; car on aurait la sensation d'une tumeur molle élastique, et on pourrait produire avec des pressions ménagées le gargouillement caractéristique des hernies intestinales. Ces phénomènes seraient moins apparents si l'anse intestinale était recouverte par l'épiploon ; mais on pourrait toujours, néanmoins, percevoir une certaine élasticité, due à la présence du gaz dans la partie herniée, ce qui n'arriverait pas si la tumeur était essentiellement épiploïque.

A l'intérieur de l'abdomen, quand la hernie est épiploïque, le grand épiploon a la forme d'un éventail serré au niveau de la peau et surmonté à l'extérieur d'un petit bourrelet, dont l'aspect varie selon que la plaie remonte à une époque plus ou moins éloignée.

Que devient cet épiploon abandonné à lui-même ? Les anciens étaient persuadés que cet épiploon devait s'étrangler entre les lèvres de la plaie, se sphacéler et amener une péritonite mortelle, et que, dans les cas rares où la guérison pouvait avoir lieu, l'adhérence de l'épiploon

aux parois abdominales devait forcer le patient à se tenir courbé en avant.

Ces idées furent professées jusqu'au jour où Larrey et Robert citèrent chacun un cas d'épiplocèle traumatique où ils avaient laissé en dehors de la plaie la partie herniée de l'épiploon, et où, au bout d'un certain temps, cette épiplocèle rentra peu à peu dans la cavité abdominale sans déterminer d'accidents graves. Dans le cas cité par Robert, la tumeur épiploïque avait contracté des adhérences avec les bords de la plaie et était devenue très-dure : il fut obligé d'exciser la partie herniée.

Ces deux observations montrèrent les diverses transformations que subit l'épiplocèle abandonnée à elle-même. La portion d'épiploon abandonnée dans une plaie abdominale contracte bientôt des adhérences avec les lèvres de la plaie; elle se gonfle, se tuméfie, puis s'affaisse peu à peu et finit par disparaître. C'est ce phénomène que l'on observe dans la majorité des cas. D'autres fois l'inflammation et l'étranglement vont jusqu'à la gangrène, et la tumeur se sèche et se détache au niveau de la plaie, qui se cicatrise.

Il arrive néanmoins, dans quelques cas rares, que l'inflammation qui préside à la chute de la tumeur épiploïque se communique à la partie intra-abdominale et détermine une péritonite généralisée. Ce sont précisément ces accidents qui étaient tant redoutés par les anciens, mais qui sont en réalité très-rares et ne doivent point être pris comme règle de conduite dans les cas de hernie épiploïque traumatique.

De plus, on avait cru pendant longtemps que la partie interne de l'épiploon, après la chute du champignon extérieur et adhérent à la plaie, se confondait avec le tissu cicatriciel, formait un bouchon obturateur, ajoutant à la solidité de la cicatrice et prévenant la formation consécutive d'une hernie ventrale à ce niveau. Goirand démontra l'erreur de ces observations dans une étude insérée dans la *Gazette médicale* du mois de février 1858 : « Tant que l'épiploon, dit-il, fixé dans l'ouverture abdominale, conserve le volume et la consistance que lui donne l'inflammation qui l'attaque, ce bouchon épiploïque peut mettre

obstacle au retour de la hernie ; mais, dans tous les cas, j'ai vu, quelque temps après, la hernie se reproduire. Si l'inefficacité du bouchon épiploïque n'est pas encore généralement admise, c'est que les sujets qui ont été opérés sortent des hôpitaux avant que le résultat définitif puisse être connu. Ce bouchon épiploïque ne prévient donc pas la hernie ventrale consécutive. » Nous verrons dans l'observation du nommé Duffès la justesse de cette opinion, sur laquelle nous reviendrons.

Le traitement de la hernie épiploïque traumatique est entièrement basé sur la connaissance exacte des transformations qu'elle subit. Les anciens, qui pensaient que, dans la généralité des cas, la hernie épiploïque était vouée à la gangrène, professaient, dans le but d'éviter au malade la propagation de l'inflammation au péritoine, de lier le pédicule de la hernie, pour limiter la gangrène et pratiquer ensuite l'excision.

Cette ligature, pratiquée par Galien, fut vantée par Paul d'Égine ; mais Louis, et surtout Pipelet, dans un mémoire resté à juste titre célèbre, attaquèrent vivement cette méthode, et ce dernier montra, par des expériences faites sur des chiens, que, lorsqu'il pratiquait la ligature de l'épiploon avant de l'exciser et de le réduire, les chiens étaient inquiets et souffrants, ne pouvaient ni manger ni boire ; que ceux, au contraire, à qui on avait laissé l'épiploon au dehors, conservaient leur état normal. A l'autopsie, on trouvait, chez ceux à qui il n'avait pas fait de ligature, l'épiploon adhérent simplement à la plaie ; chez les autres, au contraire, on trouvait au-dessus de la ligature une sorte de corps dur, calleux, et à son centre un abcès bien caractérisé. Larrey n'était pas partisan de la ligature épiploïque ; il conseillait même de débrider la plaie, pour éviter tout étranglement. Velpeau, au contraire, s'appuyant sur des succès de sa pratique, vanta beaucoup cette opération. De nos jours, elle est à peu près abandonnée ; peu de chirurgiens iraient placer une ligature élastique sur le pédicule d'une tumeur épiploïque, saine ou enflammée. Ce ne serait que dans le cas où la gangrène ne ferait pas de progrès assez rapides, au gré des chirurgiens, qu'on pourrait placer une ligature élastique fortement serrée sur les

limites de la partie sphacélée, pour hâter la chute de cette partie. C'est ce qui fut fait chez le nommé Duffès, quatorze jours après son entrée, alors que le bouchon épiploïque était en voie de suppuration : on appliqua une suture élastique, et, deux jours après, l'épiploon avait complètement disparu.

La ligature élastique abrège donc beaucoup la durée du traitement, en hâtant la chute de ce champignon épiploïque; mais on a fait remarquer que, plus la chute de la tumeur épiploïque était tardive, plus la cicatrice de l'épiploon aux lèvres de la plaie était adhérente, et mieux, par suite, la hernie consécutive était prévenue. Nous nous sommes déjà occupé de cette complication, et nous aurons l'occasion de citer plusieurs cas s'y rapportant. Cette section de la tumeur au moyen de la ligature élastique nous amène naturellement à parler d'un procédé plus rapide, celui de l'excision.

L'*excision* fut pratiquée d'abord sur la limite même de la gangrène; plus tard on la pratiqua sur le pédicule : quelques-unes de ces opérations furent suivies de succès, mais beaucoup amenèrent la mort du patient, par suite d'hémorrhagie. Après ces insuccès, on conseilla, lorsque la gangrène était bornée à la partie herniée, de ne couper que les parties gangrénées, en s'assurant avec soin que l'épiploon est bien adhérent aux lèvres de la plaie, chose toujours très-difficile. C'est pourquoi il serait prudent, si l'on se décidait à pratiquer l'excision, de fixer au moyen d'un fil le pédicule de la hernie à l'extérieur, pour ne point le voir rentrer subitement dans l'abdomen et être cause d'une péritonite consécutive, comme on en trouve un exemple cité dans la thèse de Carpentier. Ce procédé est très-rapide, mais il n'est pas à conseiller; les inconvénients qui peuvent en résulter ne sont point contre-balancés par le petit avantage de hâter la guérison de quelques jours.

Aujourd'hui, les épiplocèles traumatiques sont traitées bien simplement : on abandonne la partie herniée à l'extérieur de la plaie et on la recouvre de compresses imbibées d'un liquide désinfectant, tel qu'une solution phéniquée au $\frac{1}{1000}$. Tantôt la tumeur diminue de volume de jour en jour, se rétracte par un mécanisme difficile à expliquer; tantôt

elle se désagrège; des plaques se détachent successivement, et elle finit par disparaître; mais bien souvent c'est la suppuration qui la détruit. Si la tumeur est volumineuse, la suppuration est par suite abondante et la convalescence peut se faire attendre longtemps. Pour obvier à ces inconvénients, les chirurgiens modernes ont conseillé la cautérisation de la tumeur ou de son pédicule.

Les caustiques les plus employés sont le chlorure de zinc et le perchlorure de fer. Le chlorure de zinc a donné d'assez bons résultats; mais, dans nos hôpitaux, M. Barthélemy, après avoir traité un assez grand nombre de tumeurs épiploïques par le chlorure de zinc et le perchlorure de fer, a donné la préférence à ce dernier caustique. On applique une couche de perchlorure de fer liquide sur la tumeur et on l'entoure d'un pansement protecteur; pour éviter l'action du caustique sur les parties voisines, les jours suivants on applique une nouvelle couche de caustique. On voit bientôt la tumeur devenir dure, sèche, se raccornir et disparaître, sans donner lieu à des phénomènes de suppuration.

Si l'on voulait agir sur le pédicule seul de la tumeur, on emploierait le chlorure de zinc sous forme de pâte de Canquoin. On se sert généralement, dans ce cas, d'une pince spéciale, dont on garnit de caustique les mors et avec laquelle on embrasse le pédicule. Le caustique agit ainsi sur une partie parfaitement limitée; en outre, le chlorure de zinc étant un caustique coagulant, on n'a point à craindre qu'il fuse dans la cavité abdominale. Denucé, dans le *Dictionnaire pratique*, dit que, dans ce cas, on pourrait employer l'écraseur linéaire.

3° — HERNIE INTESTINALE ET ÉPIPLOÏQUE

Il peut y avoir hernie de l'intestin et de l'épiploon. Dans ce cas, la tumeur présente des caractères tenant à la fois de la hernie épiploïque et de la hernie intestinale; elle est plus pâteuse, moins élastique, et les gargouillements que l'on perçoit sont moins sensibles que quand la hernie est constituée par l'intestin seul. Le traitement à instituer dans ce cas découle tout naturellement des détails dans lesquels nous som-

mes entré en traitant de l'épiplocèle traumatique : on réduira l'intestin le mieux possible, et on laissera au dehors la partie de l'épiploon herniée, en supposant, bien entendu, que l'intestin examiné avec le plus grand soin ne porte aucune trace de lésion. Si, au contraire, l'intestin avait été atteint par l'instrument, il faudrait, avant de réduire, le suturer, et on procéderait à la réduction après cette opération, comme dans le cas de Perez (observations V et VI). Nous joignons ici quelques observations de plaie pénétrante de l'abdomen avec hernie épiploïque, sans ou avec lésion de l'intestin.

Observation III

Plaie pénétrante de l'abdomen, avec issue de l'épiploon

Duffès (Auguste), caporal des ouvriers d'administration, étant occupé au parc à fourrage, reçut d'un de ses ouvriers un coup de couteau dans l'abdomen, et fut transporté à l'hôpital principal immédiatement, le 27 décembre 1882.

La paroi abdominale a été traversée vers le milieu de la ligne s'étendant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure (côté droit) ; l'épiploon fait hernie à l'extérieur. Pas d'hémorrhagie externe, pas de trace de matière stercorale. La plaie offre une longueur de 2 centimètres environ.—A son arrivée à l'hôpital, on place une suture entortillée sur l'angle externe de la plaie, et on maintient l'épiploon hernié entre les lèvres. Application d'un pansement de Lister.

Traitement : bouillon, infusion de tilleul. Trois pilules de 0,25 milligrammes d'opium chacune.

Soir. — Vers quatre heures du soir, le malade accuse de vives douleurs dans les environs de la plaie, douleurs qui s'irradient dans tout le ventre et le creux épigastrique. Pas de nausée. Le poulx est plein et dur : 76 pulsations. — Température, 38°4.

Pas de miction depuis l'accident ; on pratique le cathétérisme, et il s'écoule environ 600 grammes d'urine.

28. — Limonade. 2 litres de lait. Extrait d'opium, 0,075 milligram. en trois pilules. Lavement huileux.

28 (soir). — Le malade a du hoquet depuis hier soir. Pas de douleur abdominale à la pression; pas de selle depuis son entrée. On remarque un peu de suppuration sur les bords de la plaie.

29 décembre. — Vomissements de matières bilieuses à plusieurs reprises, cette nuit, surtout après l'ingestion de la tisane. Langue jaunâtre; teinte ictérique de la peau et de la conjonctive. — Température, 37°5. Pouls, 92. — Limonade citrique. 2 litres de lait. Extrait thébaïque, 0,075 milligrammes. Lavement huileux.

30. — Les vomissements continuent: les pilules d'opium auraient été rejetées, au dire du malade. Pas de douleur abdominale. Le blessé ne se plaint que du hoquet.

Temp.: matin, 37°1; soir, 37°4. — Pouls, 98.

Le pouls est dépressible, la teinte ictérique est plus prononcée. Céphalalgie intense. Limonade citrique, glace. Pilules d'opium, 0,075 milligrammes.

31. — Le malade a vomi après l'ingestion de la tisane. Trois selles liquides contenant quelques scybales. Soif vive.

Temp.: matin, 37°; soir, 36°4. — Pouls, 94.

Même prescription.

1^{er} janvier 1883. — La portion d'épiploon herniée suppure depuis quatre jours, mais peu abondamment. Il ne s'est pas produit de vomissement pendant la nuit, bien que le malade ait bu de la tisane vineuse. On enlève le point de suture placé sur l'angle interne de la plaie. Température normale.

Tilleul, glace. Opium, 0,05. Application de collodion sur le ventre.

2. — Les vomissements ne sont point encore arrêtés, néanmoins l'état du malade est satisfaisant. — Même prescription; nouvelle application de collodion sur le ventre.

3. — Le malade n'a pas eu de vomissements depuis hier soir, mais le hoquet persiste; nuit bonne. — Pas de selle depuis deux jours. La miction est régulière; la teinte ictérique persiste encore.

Lavement huileux.

4. — Les vomissements sont de moins en moins fréquents, mais présentent toujours les mêmes caractères. Le lavement huileux n'a pas amené de selle. La céphalalgie a cessé. — Température normale.

On prescrit du rôti sans pain. Tisane vineuse ; glace. Opium, 0,05. Lavement huileux.

5. — Amélioration très-marquée ce matin. Pas de vomissement ni de hoquet; la teinte subictérique disparaît peu à peu.

Même régime. Même prescription.

6. — L'amélioration continue. Une selle à la suite du lavement. On applique une ligature élastique sur le pédicule du champignon épiploïque.

7. — L'état général s'améliore de plus en plus chaque jour. On applique une seconde ligature élastique plus forte.

Bouillon, rôti; eau vineuse. Opium, 0,05 en pilules,

8-9-10. — L'amélioration continue. On enlève le champignon épiploïque.

17. — La plaie diminue sensiblement. L'état général est bon.

Traitement : oranges, rôti, salade, 3/4 de vin. Tisane vineuse.

23. — On aperçoit sur la plaie la formation de produits membraneux blanchâtres, que l'on touche avec du perchlorure de fer.

26. — Disparition complète des produits blanchâtres. La plaie diminue de volume, mais ses bords sont irréguliers et semblent ulcérés.

30. — La plaie est complètement cicatrisée.

2 février. — Le malade sort guéri pour être présenté au Conseil de santé.

Deuxième entrée à l'hôpital.

Juin 1883. — Au commencement de juin, le caporal Duffés rentre de congé de convalescence et est renvoyé à l'hôpital principal, pour hernie abdominale consécutive à une plaie par instrument tranchant.

Cet homme présente, en effet, dans le flanc droit et pendant la station debout, une tumeur mesurant 8 centimètres à sa base et augmentant encore sous l'influence des efforts de toux. A son centre apparaît très-nettement la cicatrice de la plaie qui a déterminé cette hernie, et à ce

niveau la palpation permet de sentir très-facilement la masse intestinale sous-jacente ; le doigt semble n'en être séparé que par une faible épaisseur. On ne perçoit point de corps dur ; trace de bouchon épiploïque cicatrisé.

Cette tumeur est facilement réductible, la position horizontale suffit pour la faire disparaître ; mais elle apparaît de nouveau quand le patient se couche sur le côté malade, le poids seul de la masse intestinale étant suffisant pour permettre à la hernie de se reformer.

Cette infirmité impose au malade la nécessité de porter un bandage approprié et le rend incapable de continuer le service militaire.

Nous pourrions ajouter à cette observation concluante d'autres cas cités par M. Barthélemy, dans ses leçons orales, où l'adhérence de l'épiploon avec les lèvres de la plaie n'aurait pas empêché la production de la hernie abdominale consécutive. Ainsi un charretier se présenta à lui porteur d'une tumeur volumineuse au pli de l'aîne, et qui fut prise pour une hernie étranglée. On incisa la tumeur couche par couche, et on s'aperçut bientôt qu'on avait affaire à une épiploïte suppurée. On ouvrit au moyen du bistouri la tumeur, qui donna lieu à un écoulement assez considérable de pus, et on s'entoura de toutes les précautions pour faire adhérer l'épiploon aux lèvres de la plaie.

L'opération réussit parfaitement, ce qui n'empêcha pas le patient d'avoir plus tard une hernie consécutive, qui l'obligeait à porter un bandage approprié.

Observation IV

Plaie pénétrante de l'abdomen, avec hernie épiploïque

Le matelot Ziot (Alexandre), embarqué à bord de l'amiral Duperré, se présente le 1^{er} janvier 1882, dans la nuit, à l'hôpital principal, dans un état d'ébriété complète et porteur de deux blessures par instruments tranchants, l'une derrière le creux axillaire, un peu au-dessus de l'an-

gle inférieur de l'omoplate, par où s'est faite une hémorrhagie légère ; la deuxième, de 3 à 4 c. de largeur, oblique en haut et en avant, suivant la direction de la dernière fausse côte gauche, un peu en avant de la ligne axillaire, présente un écartement des lèvres qui laisse échapper, formant hernie, une partie de l'épiploon, de 3 cent. environ de longueur. Le médecin de garde a tenté, sans réussite, la réduction de la hernie épiploïque. Le médecin résidant fait maintenir l'épiploon au dehors avec un fil, et met à la partie inférieure de la plaie deux points de suture avec deux bâtonnets de diachylon, qui en rapprochent les lèvres, tout en laissant à la partie supérieure, et l'étranglant, la hernie épiploïque. On applique le pansement de Lister.

Traitement : infusion de tilleul. Ext. d'opium, 0,05 centigr.

2 janvier. — Vomissements au moment de la visite ; selles peu abondantes, mais fortement mêlées de sang.

Trait. : bouillon, limonade sulfurique, glace. Ext. thébaïque, 0,05 en trois pilules. Injection d'ergotine.

3. — Nuit bonne ; pas d'agitation ni de vomissement ; la figure est plus calme. Le malade n'ayant pas uriné depuis son entrée à l'hôpital, on le sonde, mais sans succès ; on laisse une bougie à demeure et il rend alors 600 gr. d'urine. Selles pâteuses, formées surtout par du sang.

Temp. : matin, 37°6 ; soir, 37°9. — Pouls : matin, 128 ; soir, 96.

On institue le même traitement, en suspendant néanmoins les injections d'ergotine.

4. — Nuit bonne. Pas de selle ni de vomissement. Pouls large et fréquent.

Temp. : matin, 37°6 ; soir, 39°4. — Pouls : matin, 100 ; soir, 120.

On prescrit du bouillon, de la glace. Ext. thébaïque, 0,07, à prendre en trois fois, et une potion avec 2 gr. d'alcoolature d'aconit.

5. — Même état. Pas de selle ni de vomissement. Le malade est calme.

Temp. : matin, 38°4 ; soir, 39. — Pouls : matin, 108 ; soir, 120.

On prescrit : soupe, un demi-litre de lait. Ext. thébaïque, 0,05. Lavement émollient.

6. — Même état. Même prescription.

7. — L'eschare superficielle de l'épiploon se détache.

Temp. : matin, 38°; soir, 38°4. — Pouls : matin, 100; soir, 108.

8. — Nuit bonne. Pas de douleur; pas de selle depuis cinq jours.

Temp. : matin, 37°8; soir, 38°2. — Pouls : matin, 92; soir, 96.

Soupe, 1 litre de lait. Ext. thébaïque, 0,05. Calomel, 1 gr. (au cas où le malade n'irait pas à la selle dans la journée).

9. — Même état. Pas de selle. — Température normale.

Soupe, lait comme boisson. Lavement au sulfate de soude.

9 (soir). — Deux selles par le lavement.

10. — Nuit bonne. Le malade se trouve mieux. Température normale.

Demi qs. lait. Lavement purgatif.

11. — La pression sur la plaie fait sortir une quantité notable de pus; on pratique alors, à 3 cent. au-dessous, une contre-ouverture, et l'on fait passer un drain.

Temp. : matin, 37°2; soir, 38°5. — Pouls : matin, 90; soir, 100.

12. — Nuit bonne. Pas de selle, mais le malade dit éprouver le besoin d'y aller. Injection d'eau phéniquée par le drain mis en place.

Temp. : matin, 37°3; soir, 38. — Pouls : matin, 86; soir, 92.

13. — État général satisfaisant. Pas de selle depuis quatre jours.

Température normale.

Même régime. Un lavement purgatif.

14. — Même état. Pas de selle.

15. — Une selle après l'administration du lavement.

Du 15 au 20. — L'amélioration continue; le malade va à la selle sans le secours du lavement. La suppuration diminue; on met en place un drain de plus petit calibre. — La température est toujours normale.

L'appétit est bon : chocolat, quart soupe, demie de vin.

26. — On remplace le drain par un simple fil.

28. — La suppuration a sensiblement diminué.

30. — On retire le fil, et, le 3 février, le malade sort guéri pour être présenté au Conseil de santé.

Observation V

Plaie pénétrante de l'abdomen avec hernie de l'épiploon et de l'intestin, qui a été ouvert sur son parcours.

Bervas (Jean-Marie), quartier-maître canonnier, envoyé d'urgence à l'hôpital principal le 4 décembre 1882, pour plaie pénétrante de l'abdomen. Il existe plusieurs plaies : 1° l'une au-dessous de la clavicule gauche, mettant à découvert le grand pectoral ;

2° Une plaie de 2 centimètres siégeant dans le septième espace intercostal (plaie pénétrante du thorax) ;

3° Enfin une plaie de 4 centim. de longueur siégeant à la région inguinale gauche, très-près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, avec hernie d'une masse d'intestin grêle comprenant plusieurs mètres d'anses et d'une certaine portion de l'épiploon. Quatre petites plaies, groupées sur une anse intestinale, donnent issue à des matières stercorales : on les suture avec soin, on réduit l'anse intestinale et on fixe l'épiploon au dehors de la plaie. Les sutures forment deux plans : le 1^{er} plan avec suture enchevillée, et le 2° plan avec sutures à points séparés.

Le malade est plongé dans la stupeur la plus complète : la face est pâle, le nez effilé ; les yeux sont cernés ; le pouls est petit, le corps refroidi.

On prescrit une potion de Tood. Ext. thébaïque, 0,10 cent. Injection d'éther.

NOTA. — La plaie est dirigée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, et indique un couteau bien affilé et peut-être tranchant des deux bords vers la pointe.

Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie faite par le Dr Cougit, médecin-légiste, 36 heures après la mort.

Habitus extérieur. — Homme bien constitué, taille 1^m70. On con-

state l'existence de trois plaies par instrument tranchant, siégeant sur la partie antérieure du tronc.

1° Plaie siégeant à 6 centimètres au-dessus du mamelon gauche, au niveau du bord inférieur du grand pectoral, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. L'ouverture extérieure est de 2 cent. ; le trajet est de 8 cent. environ, dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Le grand pectoral est perforé entièrement, le petit pectoral est sain : l'on remarque un épanchement sanguin entre ces deux muscles.

2° Plaie située à 9 cent., sur une ligne verticale passant par le mamelon gauche, ayant une longueur de 2 cent., dirigée de bas en haut et de dehors en dedans. Cette plaie est pénétrante. Le 7^e espace intercostal est perforé environ à 2 cent. du bord gauche du sternum. On remarque un épanchement sanguin considérable dans le médiastin antérieur. Le péricarde et le cœur sont intacts. Il n'y a pas d'épanchement dans les plèvres; le poumon gauche n'a pas été atteint. L'épanchement sanguin siégeant dans le médiastin antérieur remonte jusqu'à la fourchette sternale.

3° Plaie à la région inguinale gauche, ayant 4 cent. de longueur; direction de bas en haut et de dehors en dedans, sur une ligne joignant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic. La plaie commence très-près de l'épine iliaque.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit les anses intestinales fortement injectées, d'une couleur rouge sombre, presque noirâtre; le mésentère présente la même coloration. Immédiatement au niveau de la plaie on trouve l'anse intestinale qu'on a réduite la dernière, sur laquelle on voit : 1° une suture sur le bord libre de l'intestin; 2° trois sutures réunies en groupe sur un point diamétralement opposé, c'est-à-dire à l'insertion du mésentère, qui lui-même est intéressé. Le péritoïne, au voisinage de la plaie, présente une rougeur assez considérable, avec des arborisations.

Sur les anses intestinales et sur le mésentère, on remarque de petites plaques grisâtres. On ne constate aucun épanchement dans le

péritoine; la paroi opposée à la plaie d'entrée n'a pas été intéressée. La quantité de l'intestin grêle qui avait fait hernie, reconnaissable à son injection très-forte, mesure 5^m50.

On examine encore l'estomac, dans lequel on ne trouve qu'une certaine quantité de liquides, résidus de la digestion.

Observation VI.

Plaie pénétrante de l'abdomen avec perforation intestinale

(Communiquée par notre collègue et excellent ami M. Gueit, médecin de 1^{re} classe)

Dans la nuit du 14 au 15 août 1881, le nommé Perez recevait un coup de couteau à la région du bas-ventre, pendant une rixe. Immédiatement les intestins faisaient hernie et s'échappaient de l'abdomen; l'homme, les tenant à la main, fit au moins 500 mètres (distance qui sépare de l'hôpital le théâtre de la lutte). Le médecin-major, appelé auprès de lui, constatait l'état suivant :

Les vêtements étaient ensanglantés, et la face pâle du blessé, la sueur froide, le pouls filiforme, témoignaient d'une hémorrhagie assez abondante. Quant à l'état local, voici ce qu'il présentait : à droite, à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic et à deux travers de doigt en dehors de la ligne blanche, une plaie presque transversale, à bords irréguliers, de 0,04 environ, intéressant toutes les couches jusqu'au péritoine. Par cette ouverture il était sorti environ 1 mètre d'intestin grêle, parfaitement reconnaissable à sa forme et à l'éventail mésentérique qui le reliait à la plaie. Sur cet intestin, deux solutions de continuité complètes, longitudinales, l'une de 0,03 environ, l'autre de 0,01. La muqueuse intestinale faisait saillie au dehors. Immédiatement on faisait la suture de Lembert, sans éprouver de la difficulté. Les fils passés au nombre de cinq, on réduisait la muqueuse et on adossait la séreuse. Cela fait, il s'agissait de faire rentrer l'intestin dans l'abdomen ; mais l'ouverture était bridée par les muscles contracturés, et, à cause de cette contrac-

ture même, la cavité abdominale était singulièrement diminuée. Aussi fut-on obligé de débrider l'orifice sur le doigt, dans une étendue de 0,04 cent. environ. Le doigt conducteur sentait comme une arête vive le bord de l'aponévrose abdominale. Malgré l'état de collapsus imminent du malade, on pratiquait la chloroformisation jusqu'à insensibilité et demi-résolution musculaire. L'intestin remis en place, on suturait la paroi aussi profondément que le permettait l'aiguille employée. L'hémorrhagie était alors insignifiante. Inutile de dire que les intestins avaient été soigneusement abstergés à la solution phéniquée au 5/1000.

Prescription : briques chaudes, moines et couvertures. Thé punché. Potion avec 30 c. d'ext. d'opium, à cause des antécédents alcooliques et pour abolir le mouvement vermiculaire. Sur la plaie, charpie et cataplasme résolutif. Le malade accusait bientôt un sentiment de bien-être.

15 août. — La fin de la nuit a été relativement bonne, mais la fièvre est survenue ce matin ; le pouls est encore hémorrhagique, dépressible, battant 120; la température ne marque que 37,9. Emission d'urine; pas de selle; soif vive.

Etat local : ballonnement considérable en forme de tumeur, dans les environs de la plaie; à ce niveau, la pression est douloureuse. Temp. sur la tumeur, 30°6; sur le côté symétrique, 33°.

Prescription : thé, deux litres de lait. Extrait d'opium, 0,030.

Pansement : onguent mercuriel belladonné. Cataplasme. Chloral, 3 gr. pour le soir.

15 au soir. — Dans la journée, la fièvre s'est accentuée, la température a monté : température axillaire, 39°; sur la tumeur, 38°9; côté symétrique, 35°6. Vomissement alimentaire. Toujours pas de selle. La douleur est encore modérée, mais s'étend progressivement dans l'abdomen.

16, matin. — La nuit a été assez bonne. Agitation pendant la première partie, due aux influences morales que subit le malade par les visites nombreuses de la journée. La potion au chloral n'a pu être to-

lérée ; mais cependant il a dormi pendant une heure et demie. Ce matin, amélioration notable ; le pouls est toujours accéléré, à 120 pulsations. Température axillaire, 37°4 ; côté gauche, 33° ; côté droit, 35°2. Pas de selle depuis l'accident ; le malade a rendu des gaz par l'anus. Tout l'abdomen est gonflé, mais douloureux à la pression dans ces régions circonscrites.

Une tumeur superficielle s'est formée autour de la plaie. A ce niveau, le malade accuse des élancements. Mêmes prescriptions ; la position est réduite à 0,20.

16, soir. — Rien de nouveau pendant la journée. Température axillaire, 37°8. Abdomen, côté gauche, 32° ; côté droit, 35°.

Vers les six heures, le malade est pris d'envie d'aller à la selle. Défécation possible. Selles dures, bilieuses, noirâtres, peu abondantes. Pour prévenir de nouveaux efforts, on prescrit 60 grammes d'huile d'amandes douces dans une émulsion. Vers les huit heures, le malade ressent presque subitement des douleurs violentes dans la région des reins. Le pouls s'accélère, mais il est très-petit. Une sueur froide et visqueuse perle au front du malade ; les extrémités se refroidissent ; lipothymies fréquentes ; respiration accélérée et suspicieuse. Le médecin-major appelé diagnostique une hémorrhagie ; mais, dans l'impossibilité de lier le vaisseau, prescrit seulement de réchauffer le malade et de soutenir les forces par les cordiaux. En ce moment, un léger suintement sanguin se fait jour par la plaie, et le malade vomit du sang à pleines gorgées. C'est dans un dernier effort de vomissement qu'il expire, à neuf heures 30, ayant conservé jusqu'à la fin son intelligence.

AUTOPSIE faite douze heures après la mort :

Habitus extérieur.—On est frappé par la couleur mate du cadavre ; météorisme du ventre ; ballonnement de l'abdomen, s'accumulant vers la plaie.

Ouverture de la cavité abdominale. — Infiltration sanguine dans les muscles de l'abdomen, aux environs de la paroi, sur un rayon de 5

à 6 centimètres seulement. Le trajet de l'instrument tranchant, dans les parois abdominales, est distendu par un gros caillot noir qui, ainsi que tous les autres *coagula* trouvés à l'autopsie, paraît de formation récente. Le trajet est du reste très-anfractueux. — Après l'incision cruciale, on trouve le grand épiploon déchiré dans le sens *vertical*, à la région correspondante à la plaie cutanée, sur une étendue de 8 centimètres environ. Sur les deux faces du tablier épiploïque, ainsi que dans les replis du mésentère, on trouve des caillots étalés, contemporains de ceux des parois abdominales. — Peu ou point d'injection des vaisseaux du péritoine; pas de pus ni de fausse membrane, pas de liquide ascitique, pas d'épanchement de matières fécales. On recherche alors les sutures intestinales, et on les trouve vers la moitié de l'intestin grêle. L'attention est attirée par des taches ecchymotiques sous-séreuses. Il y a un léger cercle inflammatoire, mais la réunion est complète. Il faut se servir du scalpel pour former artificiellement deux feuillets dans la séreuse adossée. On constate que les fils ont cheminé dans la tunique musculieuse de l'intestin. Un léger épanchement sanguin sur cette même tunique est en voie de résorption.

On n'a pas ouvert les autres cavités du cadavre.

En définitive, l'homme a succombé aux suites de sa blessure. Il n'y a pas eu de péritonite, mais une hémorrhagie interne. Très-probablement, dans l'effort de la défécation, l'ouverture primitive de l'épiploon s'est agrandie, des vaisseaux ont été intéressés et l'hémorrhagie a déterminé la mort du patient.

III^e PARTIE

Telles sont les deux principales complications que nous avons surtout en vue d'étudier dans notre thèse inaugurale ; ce ne sont pas en réalité les seules, mais elles sont de beaucoup les plus fréquentes, et, par suite, les plus importantes ; c'est pourquoi nous les avons décrites avec plus de détails que nous ne le ferons pour les autres.

Nous venons de voir que l'épiploon et l'intestin sont les organes généralement atteints ; mais tous les viscères contenus dans la cavité abdominale peuvent être lésés par un instrument piquant, tranchant ou autre.

Le *foie*, à cause de son volume et de sa position superficielle, est le plus souvent atteint. Le diagnostic de ces plaies n'est pas toujours facile ; on a signalé, comme phénomènes particuliers aux plaies de cet organe, une douleur s'irradiant dans l'épaule droite, vers l'appendice xiphoïde, et des phénomènes passagers de glycosurie et d'albuminurie. La gravité dépend de la blessure elle-même et de ses complications, telles que hémorrhagie, péritonite, hépatite et abcès du foie. Néanmoins son pronostic est moins grave que ne le croyaient les anciens, car on a pu obtenir des guérisons de plaies du foie sans suppuration ou avec suppuration, et alors même qu'il y avait hernie de la substance hépatique.

On traitera la plaie par occlusion si l'ouverture est petite, et on laissera s'écouler la bile au dehors s'il y a écoulement de ce liquide. Si la substance hépatique faisait hernie, on en tenterait la réduction, à moins

que son état de désorganisation ne le permît pas, auquel cas on pourrait pratiquer la ligature au niveau du pédicule.

Les plaies de l'*estomac* ne sont pas rares, et leur pronostic ne manque pas de beaucoup de gravité, à cause des dangers des hémorrhagies et de la péritonite consécutive, surtout quand ce viscère est à l'état de plénitude. On conçoit facilement que, quand l'ouverture de la plaie le permet, le liquide stomacal et les matières alimentaires venant à s'épancher dans la cavité péritonéale, il doit en résulter nécessairement une péritonite mortelle. Mais toute plaie assez large de l'estomac ne détermine pas une péritonite, car les lèvres de la plaie peuvent adhérer à un organe voisin, ou l'estomac faire hernie à l'extérieur, et, le contenu s'écoulant au dehors, l'épanchement des matières alimentaires dans la cavité péritonéale est prévenu : il peut alors se former une fistule gastrique.

Le diagnostic ne peut être porté que par la vue ou le toucher de la solution de continuité du viscère. Tous les autres signes qui ont été proposés ne sont point des signes certains; ils ne peuvent que faire soupçonner la lésion; tels sont : la pâleur de la face, l'angoisse, les vomissements des matières alimentaires et l'hématémèse. Ce dernier signe, néanmoins, devra fortement faire présumer une plaie de l'estomac.

Les plaies de l'*estomac* sont excessivement graves, et le chirurgien prudent devra toujours réserver son pronostic.

On traitera le malade par le repos le plus absolu, la diète, l'opium et la glace, en cas d'hématémèse.

Quant au traitement de la plaie, on ne peut donner des règles précises, et c'est au médecin à s'inspirer de sa pratique et de ses connaissances en chirurgie pour agir selon les cas.

Les plaies de l'*intestin grêle* sont les lésions qui compliquent le plus souvent les plaies pénétrantes abdominales, à cause de la position superficielle et de la grande longueur de cet organe. Le gros intestin est moins exposé à être blessé, à cause de sa position plus profonde; mais on doit cependant en excepter le côlon transverse, qui, lui aussi, est superficiel.

Nous pourrions dire pour la lésion de ce viscère ce que nous avons déjà dit pour les plaies de l'estomac : il n'y a pas de signes pathognomoniques rationnels de la lésion. Il faut avoir sous les yeux la portion de l'intestin blessé, ou voir s'écouler par la plaie les matières alimentaires, modifiées par la digestion, pour certifier qu'il y a blessure intestinale. Mais, si la plaie est étroite, comme dans le cas de Grellet, il est très-difficile de dire si l'intestin est lésé ou non ; on ne pourra poser qu'un diagnostic probable, en s'appuyant sur l'épanchement de sang plus ou moins abondant, sur la présence du sang dans les matières vomies ou rendues par l'anus, et sur le tympanisme dû au passage du gaz de la cavité intestinale dans l'abdomen ; mais aucun de ces signes ne peut amener la certitude absolue.

Les plaies de l'intestin sont toujours graves, parce qu'elles se compliquent souvent, soit d'hémorrhagie, soit d'épanchements péritonéaux, soit de péritonite, qui enlève le blessé ; mais il n'est pas rare de voir le malade guérir.

Le traitement varie selon que la plaie est étroite ou large, et que l'intestin est en dedans de la cavité abdominale ou en dehors.

1° Supposons l'intestin blessé dans l'abdomen :

Si l'intestin est dans l'abdomen et la plaie étroite, le traitement est simple ; c'est celui qui est prescrit dans l'observation du libéré Grellet : le malade est soumis au repos absolu et à une diète sévère ; on donne de l'opium pour arrêter le mouvement intestinal, et de la glace en petites quantités pour combattre la soif. Si la plaie est plus large, on attirera l'intestin au dehors, on pratiquera les sutures nécessaires et on réduira l'anse intestinale.

2° L'intestin blessé fait hernie hors de l'abdomen. — Cette question avait pendant longtemps divisé les chirurgiens ; mais, aujourd'hui, on est généralement d'avis : de réunir la plaie intestinale au moyen de la suture de Gely ; de couper ras les fils de suture, qu'on abandonne librement dans le ventre, et de clore la plaie de l'abdomen.

Si l'intestin avait été coupé en travers, on le retiendrait, au moyen

d'un fil, au niveau de la plaie abdominale, pour pouvoir établir un anus contre nature, au cas où la suture ne réussirait pas.

Les *reins* peuvent être blessés avec ou sans ouverture de la cavité péritonéale, et la gravité de ces plaies varie dans ces deux cas : quand la séreuse est ouverte, il peut se faire dans le sac péritonéal un épanchement sanguin, ou un épanchement d'urine toujours mortel ; si, au contraire, elle est intacte, le sang se répand dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et se résorbe ou subit les métamorphoses qu'éprouvent les épanchements sanguins. Le diagnostic de ces plaies est généralement assez difficile ; mais on se rappellera que, dans ces cas, le malade accuse généralement une douleur dans le testicule.

On cherchera, dans les plaies pouvant intéresser les reins, à laisser écouler par l'ouverture extérieure le sang, le pus ou l'urine qui pourraient se montrer au niveau des lèvres de la plaie, et on surveillera avec attention l'état de la miction.

Les plaies du *pancréas* sont rares, à cause de la situation de cet organe, profondément placé et recouvert par toute la masse intestinale ; aussi le diagnostic sera-t-il très-difficile si l'on ne peut s'en assurer par la vue ou le toucher.

Ces blessures sont graves, mais ne sont pas toujours mortelles ; on cite quelques cas de guérison après ligature d'une portion de cet organe.

La *rate*, étant aussi petite et profondément cachée, est, par suite, rarement atteinte ; il n'y a point de signes spéciaux aux blessures de la rate, et son diagnostic probable reposera sur le siège, la profondeur supposée de la plaie, l'abondance de l'hémorrhagie ; mais on ne pourra en acquérir la certitude que par la vue ou le palper de l'organe atteint.

Les plaies de la rate déterminent très-souvent la mort du blessé par hémorrhagie ou par péritonite consécutive ; aussi leur pronostic est-il très-grave. Les anciens admettaient que ces plaies étaient mortelles comme celles du cœur. On possède aujourd'hui des cas de guérison de plaies de la rate, même avec perte de substance. Le trai-

tement des plaies de cet organe est le même que celui des plaies du foie. On opérera l'occlusion de la plaie si l'ouverture est petite; on prescrira de l'opium, de la glace et le repos pour éviter l'hémorrhagie, et, si une partie de l'organe fait hernie, on en pratiquera l'excision ou la ligature.

Le pronostic, avons-nous dit, est très-grave, à cause des hémorrhagies consécutives; la mort du condamné R. n'a pas eu d'autre cause.

Nous ne ferons que signaler les hémorrhagies qui compliquent souvent les plaies pénétrantes de l'abdomen et la péritonite traumatique, qui n'offre, dans ces cas, rien de particulier. Du reste, ces complications ne rentrent pas dans le cadre de notre travail, et nous ne saurions les exposer avec détail sans sortir des limites que nous nous sommes tracées.

Observation VII

Plaie pénétrante de la plèvre et de l'abdomen à travers le diaphragme.—

Blessure de la rate. — Hernie du côlon

(Communiquée par M. Fontan)

Le 20 mai 1879, on apporte à l'hôpital du pénitencier le condamné R..., qui a reçu dans une rixe plusieurs blessures graves; il est dans l'état exsangue et dans la prostration complète. Il présente une plaie contuse de l'épaule gauche, résultant, dit-on, d'un coup de pioche, et qui a fracturé comminutivement l'humérus dans son tiers supérieur. Il n'y a pas communication du foyer de la fracture avec l'air extérieur; l'hémorrhagie est peu abondante.

Avant de procéder au pansement de cette grande lésion, nous nous préoccupons d'une autre plaie située au flanc gauche, et qui paraît être le point de départ des accidents graves que présente l'état général du blessé.

Plaie irrégulière, déchirée, longue dans son ensemble de 7 cent. et

présentant deux petits traits de déchirure perpendiculaires sur sa lèvre supérieure, comme si un instrument trop volumineux eût produit, en forçant le passage, des débridements irréguliers. Peu d'hémorrhagie à l'extérieur; infiltration sanguine des lèvres de la plaie. En promenant le doigt dans cet entre-bâillement, on y sent une côte brisée : c'est la dixième.

Pas d'emphysème sous-cutané, pas de bruit de sifflement ni aucun autre signe de passage de l'air.

L'exploration et quelques soins généraux ayant ranimé le blessé, il pousse des gémissements et l'on voit se produire immédiatement une hernie intestinale.

Ce fait ne laisse pas de nous étonner, parce que nous croyions avoir devant nous une plaie de la plèvre, et la pensée ne nous vint pas d'abord d'une communication avec l'abdomen à travers le diaphragme. Néanmoins, laissant le diagnostic incertain, nous procédons au pansement : examen attentif de l'anse intestinale, qui ne présente aucun signe de blessure ; réduction difficile, la hernie se reproduisant plusieurs fois ; enfin elle est maintenue réduite, un aide saisissant fortement les deux lèvres de la plaie et les faisant saillir rapprochées l'une de l'autre. Application d'une suture profonde en fils métalliques, afin de combattre la tendance à l'écartement plutôt que pour opérer la réunion immédiate. Fixation des fils d'argent sur deux bâtonnets ; réunion de la peau avec des fils de soie formant six points séparés ; pansement avec cuirasse de collodion ; plaques de coton et compression.

A l'intérieur, on prescrit quelques cuillerées de thé punché et 10 cent. d'extrait thébaïque en quatre pilules, à prendre de demi-heure en demi-heure.

Nous laissons le blessé dans un état très-alarmant, le pouls rapide, filiforme et fuyant ; la température axillaire à 34°7. Nous ajournons l'application de l'appareil pour la blessure du bras, qui est recouverte d'une simple compresse imbibée d'eau froide.

A 7 heures du soir, c'est-à-dire quatre heures après la blessure, R. succombe sans que la température ni le pouls aient sensiblement remonté.

AUTOPSIE. — Humérus fracturé en un grand nombre d'esquilles, à peu près toutes revêtues du périoste, qui avait ainsi conservé l'os dans sa forme.

Cavité thoracique. — Poumon gauche revenu en partie sur lui-même, contenant de l'air en petite quantité et n'offrant aucune blessure à sa surface. Plèvre contenant une quantité considérable de sang; déchirure de 5 à 6 centimètres à la partie externe du diaphragme, et, par cette déchirure, hernie dans la plèvre d'une anse intestinale, qui était évidemment celle que nous avions réduite pendant le pansement.

Cavité abdominale. — Un épanchement considérable remplit l'hypochondre gauche et baigne en particulier la rate. Celle-ci est complètement transpercée de haut en bas et de dehors en dedans; l'angle du côlon s'est insinué dans la plaie de la rate, et vient, à travers cet organe et le diaphragme qui lui est accolé, produire dans la plaie la hernie sus-mentionnée.

Le côlon, dégagé de cette insertion, est examiné avec soin: il ne présente point de blessures. Les gros vaisseaux abdominaux sont sains. L'hémorrhagie considérable n'a eu pour cause que la déchirure du parenchyme splénique et l'ouverture des vaisseaux tégumentaires.

Nota. — Ces détails sont extraits du rapport d'autopsie médico-légale à laquelle cette affaire donna lieu.

Il fut démontré par l'instruction que l'instrument vulnérant était une pioche de carrière, c'est-à-dire un instrument dont la pointe pyramidale mesure de 15 à 20 cent. de long et 6 à 8 cent. d'épaisseur à la base.

Observation VIII

Hernie étranglée du côlon dans le diaphragme, suite de coups de couteau

(Communiquée par M. Fontan)

Le 10 décembre 1878, le libéré Bernard entra à la salle 8 de l'hôpital de l'île Nou, où il reçut pendant quelques jours les soins du Dr G... Il fut d'abord traité pour une constipation opiniâtre, avec ballonnement du ventre. M. G... ne tarda pas à s'alarmer des allures que prenait cet état, et, diagnostiquant un étranglement interne, il m'appela pour me soumettre le cas. Je trouvai un malheureux qui présentait, en effet, tous les symptômes d'un étranglement : facies, vomissements spéciaux, algidité, etc. Nous cherchâmes ensemble la cause possible de ces accidents. Il n'y avait pas, il n'y avait jamais eu de hernie ; le ballonnement du ventre rendait l'exploration par le palper difficile. Néanmoins on ne trouvait point de tumeur. Les antécédents morbides de cet homme étaient peu importants. Il racontait seulement avoir reçu, dix-huit mois auparavant, un coup de couteau au côté gauche, et l'on trouvait, en effet, une petite cicatrice nette dans le huitième-espace intercostal, en dehors de la ligne du mamelon. L'auscultation, pratiquée à ce niveau, ne révélait rien d'anormal. N'établissant point de relation entre ce fait du coup de couteau, qui paraissait n'avoir point entraîné de désordre grave, et l'état actuel, je prescrivis d'insister sur les purgatifs, les lavements abondants ; collodion sur l'abdomen, fragments de glace contre les vomissements.

Le lendemain, une ponction faite avec un trocart ordinaire, dans la partie médiane sus-ombilicale la plus distendue, amena, par l'issue d'une grande quantité de gaz, un certain degré de soulagement.

Néanmoins le malade mourut la nuit suivante.

AUTOPSIE. — Pas de trace de péritonite ; intestin considérablement distendu par les gaz, mais ne contenant aucune matière dans le rec-

tum, l'S iliaque ni le côlon descendant. En cherchant à décoller celui-ci, on s'aperçoit qu'il est retenu immédiatement en avant de la terminaison pylorique de l'estomac en dedans de la rate, et comme adhérent à ce niveau au diaphragme. En examinant de plus près, on constate qu'il n'y a pas là une simple adhérence, mais que le côlon forme une anse dont le calibre est rétréci, et qui pénètre à travers le diaphragme jusque dans la plèvre gauche. Cette hernie est fixée exactement dans cette position par des adhérences qui l'unissent avec les bords mêmes de l'orifice diaphragmatique. Ces bords sont constitués par un tissu cicatriciel dense, résistant, et qui étrangle manifestement le côlon hernié. La hernie n'a pas de sac véritable, mais elle est entourée d'un certain nombre de tractus irréguliers, fibrineux, plus ou moins organisés, et qui sont le reliquat d'une pleurésie circonscrite.

L'anse étranglée a un calibre qui dépasse à peine le volume du petit doigt; elle n'est pas à proprement parler sphacélée, mais elle est de couleur lie de vin et contient un peu de sang épanché.

La cavité pleurale ne contient pas de liquide; la trace cicatricielle que l'on a constatée à l'extérieur, dans le 8^e espace intercostal, se montre au même niveau sur la plèvre pariétale et adhère par quelques fausses membranes au bord inférieur du poumon. A ce niveau le poumon présente sur son bord une petite scissure, entourée de tissu cicatriciel et analogue aux encoches que l'on rencontre sur les oreilles flottantes des chiens.

Remarque. — Ainsi l'autopsie a démontré que B. est mort de hernie diaphragmatique étranglée. Cet homme avait reçu, 18 mois auparavant, un coup de couteau oblique de haut en bas, qui avait produit une légère blessure au poumon et ouvert le diaphragme; la blessure avait guéri facilement, mais le côlon s'était étranglé progressivement, comme l'indique son calibre très-réduit, et à cet étranglement chronique est venu récemment s'ajouter un étranglement aigu.

L'observation de ce cas singulier manque quelque peu de détails quant aux phénomènes cliniques, parce que je n'avais pas le malade

dans mon service; mais l'autopsie fut écrite au moment même, et je l'ai transcrite textuellement.

Observation IX

Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen, avec lésion du diaphragme
et de la rate

(Communiquée par M. Fontan)

Le libéré Augustin reçut, dans une rixe, plusieurs coups de couteau qui nécessitèrent son envoi immédiat à l'hôpital de l'île Nou.

Il existait, au niveau du huitième espace intercostal et sur la ligne axillaire, une plaie de 5 centimètres de long, à bords nettement tranchés, et ayant une direction oblique d'arrière en avant et de haut en bas. Il s'est écoulé par cette plaie une quantité notable de sang. On nettoie avec soin les lèvres de cette plaie, et on recherche attentivement s'il ne s'échappe pas de l'air pendant les mouvements d'expiration. Aucun organe ne faisant hernie, on fait une suture et on panse les autres plaies du bras et de l'épaule, qui sont bien moins graves.

Le malade mourait quelques heures après.

AUTOPSIE. — *Aspect extérieur.* On constate que le corps est blanc d'aspect et qu'aucune partie n'est congestionnée.

Examinant les diverses traces de violence, nous trouvons : 1° au niveau de la huitième côte et sur la ligne axillaire, une plaie de 5 centimètres de longueur, laquelle a été suturée dans un premier pansement; plaie oblique d'arrière en avant et de haut en bas. Les fils coupés et les lèvres de la plaie écartées, il s'en écoule du sang épanché en abondance. Le doigt, introduit dans la plaie, constate une section de la neuvième côte, dont le bord supérieur a été taillé, dans une étendue de plusieurs centimètres, par un instrument tranchant; de cette entaille est résulté un copeau osseux, long de 3 centimètres, net-

tement tranché, et qui indique que le coup a été porté parallèlement à la côte.

Les tissus musculaires et tégumentaires voisins sont ecchymosés dans une large étendue. Dans l'entre-bâillement de la plaie, on aperçoit, accolé à la partie thoracique, le diaphragme largement déchiré, et plus profondément la rate, dont le tissu noir porte la trace d'un coup de couteau.

2° La cavité thoracique ouverte contient, du côté gauche, un épanchement de sang considérable ; le poumon rétracté contient encore un peu d'air. La déchirure, déjà signalée, du diaphragme, est longue de 7 centimètres.

3° La cavité abdominale contient du sang épanché au niveau de la déchirure diaphragmatique ; la rate est complètement perforée, et la plaie, produite par un instrument piquant et tranchant à la fois, mesure 4 centimètres et demi.

Après avoir traversé cet organe, l'instrument est venu léser l'épiploon dans la partie qui relie l'estomac à la rate, et les gros vaisseaux de cette région ont été coupés.

L'ouverture de ces vaisseaux (*vasa breviora*) a donné lieu à une énorme hémorrhagie, condensée en partie en un caillot qui se trouve caché dans le grand épiploon.

La mort rapide a été amenée ici par les nombreuses hémorrhagies qui ont laissé le cadavre exsangue, et par les blessures de la plus haute gravité, du poumon, du péritoine, du diaphragme et de la rate.

Au sujet du pronostic des plaies pénétrantes de l'abdomen, nous joignons une note qui nous a été communiquée par M. Fontan, professeur agrégé de chirurgie, qui montre la gravité relative des différentes espèces de plaies pénétrantes de l'abdomen.

« Pendant deux années, dit-il, passées dans les pénitenciers de la Nouvelle-Calédonie, j'ai observé 18 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen par instruments piquants ou tranchants.

» Sur ces 18 cas, il y a eu 13 morts et 7 guérisons.

» Les 13 morts se répartissent en 10 morts immédiates, c'est-à-dire en moins de 36 heures, par choc ou hémorrhagie, et 3 morts consécutives par péritonite.

» Les 7 guérisons se répartissent en 5 cas de plaies par instruments piquants et 2 par coups de couteau.

» Parmi les guérisons, deux survinrent chez des blessés qui avaient eu du sang dans les selles.

» Enfin cinq plaies pénétrantes par coups de feu (une fois par chas-sepot, quatre fois par revolver d'ordonnance). Ces cinq cas furent suivis de mort.

» Jamais on n'appliqua de pansement de Lister, mais on fit presque toujours l'occlusion. »

On peut donc conclure de là et des statistiques fournies par les auteurs, que les plaies pénétrantes de l'abdomen produites par instrument piquant guérissent souvent ; que celles produites par instrument tranchant font courir les plus grands dangers aux blessés et les exposent, quelquefois même après la guérison, à des infirmités très-graves.

Vu :

Le Président censeur,
JAUMES.

Vu et bon à imprimer :

Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.



QUESTIONS DE THESE

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842)

Chimie médicale et Pharmacie

La teinture d'iode. Du Meilleur Moyen de prescrire la dissolution d'iode pour injection.

Physique médicale

Quelles sont les diverses méthodes employées pour déterminer l'état hygrométrique de l'air ?

Botanique et Histoire naturelle médicale

Exposer la structure de la sangsue.

Anatomie

Origine et distribution des arcades artérielles palmaires.

Anatomie pathologique et Histologie

Des Vaisseaux et des Nerfs. Du Rein.

Physiologie

Des Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Y a-t-il plusieurs espèces de pneumonies ?

Pathologie chirurgicale ou externe

De la Hernie crurale.

Thérapeutique et matière médicale

Des Différentes Préparations de l'opium.

Opérations et appareils

Du Traitement des blessures de l'artère fémorale.

Médecine légale et toxicologie

Des Caractères de l'empoisonnement par la digitale.

Hygiène

Du Régime alimentaire des opérés.

Accouchements

Des Phénomènes anatomiques de la menstruation.

Clinique interne

De la Péritonite aiguë.

Clinique externe

Du Débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies mentales et nerveuses

Comparer l'idiotie et l'imbécillité.

Titre de la thèse à soutenir

Considérations sur les plaies pénétrantes de l'abdomen par instrument piquant ou tranchant.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
